



ARTICOLO ORIGINALE

POSSESSIONE DA DEMONI: VALENZE CULTURALI E PSICOPATOLOGIA NELLA PRATICA CLINICA

Marco Piccinelli¹, Chiara Paronelli¹, Giuseppe Tisi¹

ISSN: 2283-8961

Abstract

Tra le priorità della World Association of Cultural Psychiatry figura quella di applicare estensivamente il metodo d'indagine e di lavoro della psichiatria culturale ad ogni persona che richieda cure, indipendentemente dalla sua origine etnica, nella convinzione che ogni persona venga fortemente influenzata dal suo retroterra culturale nell'insorgenza e nell'espressione del disagio psichico, nonché nella ricerca dei trattamenti. Tale approccio cimenta un elemento fondamentale della pratica clinica psichiatrica, ancora basata sulla standardizzazione e la replicazione delle procedure diagnostiche e dei sistemi di classificazione delle malattie mentali, sebbene di recente il DSM-V abbia dato maggiore spazio alle tematiche culturali, includendo anche un'intervista per la formulazione culturale. Nell'articolo vengono descritti i casi di due donne, una italiana e una marocchina, giunte in cura presso un servizio psichiatrico per una condizione di possessione da demoni. I due casi evidenziano come nella pratica clinica le persone non solo di altre culture ma anche italiane pongano allo psichiatra il compito di far coesistere e in certa misura almeno, integrare tra loro la lettura soggettiva e culturalmente determinata della loro condizione clinica e l'approccio diagnostico e terapeutico riconosciuto dalla comunità scientifica internazionale. Vengono inoltre discusse l'importanza che la

¹ S.C. Psichiatria – Verbano, Azienda Socio Sanitaria Territoriale dei Sette Laghi di Varese. Indirizzo per la corrispondenza: Dr. Marco Piccinelli, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - Ospedale di Cittiglio. Via Marconi 40 - 21033 Cittiglio (Varese). e-mail: marco.piccinelli@asst-settelaghi.it.

dimensione religiosa e spirituale può assumere per le persone che soffrono di condizioni di disagio emotivo e le possibili resistenze che si possono attivare nell'affrontare tale dimensione nella pratica clinica.

Among the priorities set by the World Association of Cultural Psychiatry, is the extensive application of the methods of investigation and practice of cultural psychiatry to every person requiring care, irrespective of his/her ethnicity, since every person is expected to be strongly influenced by his/her cultural context in the onset and expression of mental disorder as well as in the pathway to care. This approach questions a basic issue of clinical practice in psychiatry, still based on standardization and replication of diagnostic procedures and classification of mental disorders, though in recent years the DSM-V has posed greater emphasis on cultural issues, including the cultural formulation interview. In this paper the cases are described of two women, one Italian and one from Morocco, who got in contact with a psychiatric service due to demonic possession. The two cases show how in clinical practice it is often necessary for the psychiatrist to let coexist and, in some respect, to integrate the subjective and culture-oriented interpretation of a patient's clinical condition, on one hand, and the diagnostic and therapeutic approach supported by the international scientific community, on the other. The importance of the religious and spiritual dimension for people with mental disorder is discussed alongside with the resistance which may operate in dealing with this dimension in clinical practice.

Introduzione

Tra gli obiettivi che la World Association of Cultural Psychiatry si è posta per il prossimo futuro figura quello di applicare estensivamente il metodo d'indagine e di lavoro della psichiatria culturale ad ogni persona che richieda cure, indipendentemente dal fatto di appartenere a un gruppo etnico minoritario o maggioritario oppure di essere immigrata o autoctona, nella convinzione che ogni persona venga fortemente influenzata dal suo retroterra culturale nell'insorgenza e nell'espressione del disagio psichico nonché nella ricerca di cure e nel rapporto terapeutico (Tseng et al., 2013a). Si tratta di un obiettivo di estrema rilevanza e fortemente innovativo, ma anche ambizioso e impegnativo, almeno allo stato attuale delle cose in Italia.

Secondo i dati ISTAT, nel corso dell'ultimo decennio la popolazione straniera residente in Italia è triplicata fino a rappresentare l'8,3% della popolazione residente totale nel 2014. Nonostante questo andamento, in Italia il livello di sensibilità culturale sembra essere piuttosto basso, laddove per sensibilità culturale si intenda la capacità di una persona di leggere la diversità culturale in maniera complessa al fine di maturare una consapevolezza crescente della propria e altrui visione del mondo. Ciò dovrebbe consentire di passare da modalità percettive etnocentriche, volte a negare, minimizzare o percepire come una minaccia la diversità culturale, a modalità etnorelative, capaci di riconoscere il valore delle altre culture (accettazione), di operare un cambiamento di prospettiva e comportamento per tenere conto dell'altra cultura (adattamento) e di incorporare la competenza interculturale nella propria identità (integrazione), secondo livelli crescenti di sensibilità culturale (Bennett, 2004; Bennett & Bennett, 2004). Di fatto, una ricerca effettuata sulla misura di competenza interculturale tra gli operatori di alcuni servizi sanitari e sociali della città di Milano e dell' hinterland milanese ha rivelato che solamente il 10% dei partecipanti aveva sviluppato accettazione della e adattamento alla diversità culturale, mentre il 90% manteneva posizioni di tipo etnocentrico (negazione, difesa, minimizzazione). Questo nonostante le organizzazioni dei servizi sociali e sanitari siano gli ambiti che da più tempo sono a contatto con la diversità culturale, sia per quanto riguarda l'utenza straniera, sia per la presenza di lavoratori e lavoratrici stranieri al loro interno (Castiglioni, 2008). Tale situazione non riguarda verosimilmente soltanto l'Italia, se in uno studio sulla possessione da Jinn e spiriti in pazienti musulmani in un quartiere di Londra, dove la comunità musulmana rappresenta più di un terzo dei residenti, è emerso come i professionisti della salute mentale dimostrassero una limitata familiarità con le credenze islamiche e con le pratiche tradizionali di cura (Ascoli et al., 2015).

Occorre poi tenere conto del fatto che il passaggio concettuale e terminologico dalla psichiatria transculturale, come disciplina diretta alle minoranze (ai migranti o agli stranieri), alla psichiatria culturale in senso lato, volta invece a indagare il ruolo dei fattori culturali sullo stato di salute e sul trattamento di ogni persona (Tseng et al., 2013b), rischia di cimentare quello che negli ultimi decenni è divenuto un caposaldo della pratica clinica psichiatrica, fortemente influenzata dall'enfasi posta sulla standardizzazione e la replicazione delle procedure diagnostiche e dei sistemi di classificazione delle malattie mentali. La loro conseguente diffusione estensiva

all'interno di contesti socio-culturali eterogenei è stata favorita anche dalla ricercata ateoreticità dei criteri diagnostici individuati, la cui applicazione non richiede specifici adattamenti in funzione del contesto o una particolare formazione degli operatori nel campo della salute mentale. In altre parole, lo psichiatra ha finito per sviluppare col tempo una visione e un approccio nomotetici ai disturbi mentali, secondo i quali le osservazioni cliniche possono essere ascritte a categorie diagnostiche generali e invariati, a dispetto del diverso background culturale delle singole persone. L'inquadramento culturale dell'individuo e, ancor di più, le sindromi culturalmente caratterizzate hanno perciò finito per diventare qualcosa di marginale, indicati solamente per società, gruppi etnici o aree culturali limitati e specifici.

Di recente, il DSM V (American Psychiatric Association, 2013) ha manifestato un rinnovato e ampliato interesse per gli aspetti culturali nelle malattie mentali, ha sostituito la definizione di sindrome culturalmente caratterizzata con quella di sindrome culturale, per non enfatizzare il particolarismo locale e i quadri per così dire 'esotici' e, accanto alla nota guida per la formulazione culturale già presente nel DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), ha introdotto l'intervista per la formulazione culturale, allo scopo di aiutare i clinici a far emergere la definizione culturale della problematica in esame, la percezione culturale delle cause di malattia, del contesto in gioco e del supporto disponibile e i fattori culturali condizionanti l'adattamento alla malattia e la ricerca di aiuto. Rimane da verificare se i clinici e le persone in cura saranno motivati ad utilizzare tale strumento e se le barriere riscontrate durante la sua sperimentazione (assenza di sufficiente differenziazione rispetto ad altri interventi; assenza di rilevanza concettuale tra l'intervista e il problema in esame; eccessiva standardizzazione; ambiguità; ripetizioni; mancanza di accettazione e di adesione; difficoltà di applicazione a pazienti con malattie gravi) siano state effettivamente corrette nella sua versione definitiva (Aggarwal et al., 2013).

I due casi clinici che seguono, riguardanti persone in cura in un servizio psichiatrico territoriale in provincia di Varese, si propongono di illustrare come la dimensione culturale e le credenze individuali abbiano rilevanza nell'espressione del disagio emotivo e nella ricerca di cure, tanto per le persone immigrate in Italia, quanto per quelle italiane e possano richiedere un lavoro non sempre agevole per farle coesistere con le teorie psicologiche e i criteri diagnostici 'ufficiali' nella pratica clinica quotidiana.

Caso clinico 1

Fatimah (nome di fantasia) è una ragazza marocchina di 33 anni, che vive in Italia da circa dieci anni. È sposata con un connazionale, con il quale ha avuto una figlia. Si presenta al servizio psichiatrico per ripetuti episodi critici caratterizzati da un corredo sintomatologico polimorfo e riconducibili tanto a un disturbo da attacchi di panico, quanto a un disturbo di conversione. Le crisi si manifestano con fame d'aria, tremori, perdita del contatto con la realtà circostante, cadute a terra, agitazione psicomotoria e, non infrequentemente, con la produzione del cosiddetto “arco isterico”. La frequenza della loro presentazione è irregolare, alternandosi periodi di benessere durante i quali non si verificano a periodi in cui insorgono anche quotidianamente.

Fatimah attribuisce la causa contingente delle crisi a situazioni stressanti, in particolare a livello familiare, quali la malattia del padre o i continui conflitti con il marito tradizionalista, poco propenso a concederle la libertà tipica della cultura occidentale alla quale lei ambisce. Inoltre, sottolinea come il marito e la figlia non siano in grado di comprendere il suo malessere e siano ostili nei confronti delle terapie farmacologiche che sta effettuando.

Con il consolidarsi del rapporto terapeutico nel tempo, Fatimah giunge a raccontare elementi della sua storia che non si sentiva inizialmente legittimata a verbalizzare, essendo razionalmente consapevole della loro estraneità alla cultura occidentale. Specificamente, parla dell'esistenza di due “entità” al suo interno, una “buona” e l'altra “cattiva”, la seconda delle quali determina il suo malessere prendendo il sopravvento sulla sua coscienza. Racconta che durante gli anni nei quali è vissuta in Marocco si è sottoposta a numerosi rituali di purificazione, tenuti dai *fuquara*, i sacerdoti preposti, volti a liberarla dalla possessione da parte di questi due Jinn; la stessa cosa fa ora quando periodicamente ritorna nel paese d'origine.

Fatimah rivela il fallimento di un matrimonio combinato per lei dai genitori, secondo quanto previsto dalla sua tradizione, in seguito al quale decide di sposare l'attuale marito che era intenzionato a venire in Italia, con la ferma volontà di lasciarsi alle spalle la cultura d'origine dalla quale si sentiva vessata, sia per le restrizioni che le venivano imposte, sia per le cure a cui veniva sottoposta.

Fatimah esprime peraltro chiari aspetti di ambivalenza nei confronti del suo disturbo, delle sue cause e delle cure. Pur dicendo di sentire due spiriti al suo interno, sostiene apertamente di non credere alla possibilità della possessione, né all'esistenza degli stessi spiriti e ammette di essersi sottoposta ai rituali a causa dell'insistenza dei familiari e del marito. Si dichiara motivata alle cure e, in particolare, all'assunzione della terapia farmacologica prescritta, sebbene si dimostri in realtà passivamente oppositiva e, all'atto pratico, non aderisca alle modifiche o agli aumenti di dosaggio della terapia stessa. Infine, pur criticando i familiari per la scarsa comprensione del suo malessere, non ritiene di farsi accompagnare da loro alla visita, nonostante l'esplicita richiesta dello psichiatra, sottolineando ripetutamente la distanza incolmabile tra i loro riferimenti culturali ed i suoi, che definisce più vicini alla nostra cultura, alla quale vuole appartenere.

In altre parole, si coglie come le convinzioni e le aspettative di cura di Fatimah nei confronti della sua patologia, siano esplicitamente aderenti alla medicina ufficiale, ma implicitamente Fatimah continua anche a "vivere" la sua malattia secondo canoni propri della sua cultura d'origine. L'esplicitazione dei due aspetti e il lavoro d'integrazione degli stessi, ha consentito di superare la scotomizzazione che Fatimah metteva in atto all'indirizzo dei determinanti della sua cultura d'origine, al fine di potersi presentare agli occhi del medico in modo da dare "conferme" alla di lui cultura. Il racconto dei suoi vissuti nel colloquio, associato al chiarimento del significato della terapia psicofarmacologica quale correttivo o palliativo del sintomo, per nulla in contrasto con il retroterra culturale e semantico mediante il quale ancora la paziente vive e interpreta il sintomo stesso, ha consentito di rendere complementari e non mutualmente esclusive, le credenze della paziente, quelle tradizionali e quelle occidentali.

In particolare, il tutto ha permesso a Fatimah di mentalizzare le caratteristiche del disturbo e a superare, almeno parzialmente, la dicotomia propria del suo vissuto di immigrata. E' così riuscita nel tempo a cogliere i prodromi delle crisi, gestendole quindi più facilmente e riuscendo ad essere più consapevole dei benefici della terapia farmacologica. Ha inoltre operato un avvicinamento ai suoi familiari, ai quali ha spiegato, non senza difficoltà, come intervenire quando le crisi si manifestano, riducendo al contempo l'allarme suscitato dalle sue manifestazioni comportamentali.

Caso clinico 2

L'arrivo in ospedale con i Carabinieri di Angela (nome di fantasia), una donna italiana di 35 anni, è stato motivato da una crisi di agitazione clamorosa e drammatica sul posto di lavoro, attribuita da lei stessa al suo stato di possessione demoniaca. Rifiutandosi di farsi aiutare dai presenti, Angela viene accontentata nella sua richiesta di poter conferire con il proprio padre spirituale. Al suo arrivo, il padre spirituale viene aggredito da Angela, la quale, proferendo insulti e oscenità blasfemi con voce sforzata e gutturale, ne strappa la veste. A questo punto, Angela è caricata a forza in ambulanza e condotta nel Pronto Soccorso più vicino. In ospedale, oppone una resistenza di principio al ricovero e alle cure, ma finisce per acconsentirvi e inizia a raccontare la propria storia, interrompendo con qualche caduta a terra e con improvvisi scoppi di smorfie, versi e grugniti il flusso altrimenti armonico del discorso. Emerge, così, che ormai da anni Angela è posseduta da tre demoni principali (un demone che parla con la voce di bambino; un demone che parla aramaico; un demone che le fa compiere gesti aggressivi) oltre che da "legioni" di altri demoni meno definiti.

I familiari, contattati per via del ricovero, riferiscono di non avere significativi rapporti con Angela da quando questa è uscita di casa anni addietro, non accettando il suo stato di possessione demoniaca e non condividendo il suo stile di vita, incentrato sulla frequenza di gruppi di preghiera e pratiche esorcistiche.

Lo psichiatra si trova così a dover mediare tra due concezioni del disagio molto diverse e, almeno inizialmente, inconciliabili. Angela, infatti, ritiene di avere un problema esclusivamente spirituale e, per tale motivo, di poter ricevere un aiuto di tipo religioso (preghiere ed esorcismi) e non medico o psichiatrico, giudicando in particolare inutili le terapie psicofarmacologiche.

I familiari, invece, rifiutando la possessione demoniaca come una spiegazione plausibile del disagio provato da Angela e come un terreno di possibile incontro con lei, finiscono per misconoscere in toto Angela e i suoi bisogni. Ai familiari lo psichiatra cerca perciò di 'tradurre' lo stato di possessione demoniaca nei termini per loro accettabili della dissociazione psichica, che ne può spiegare la genesi. Per far meglio comprendere ai familiari la situazione soggettiva vissuta da Angela, viene utilizzata la descrizione che lei stessa fa del proprio stato di possessione demoniaca:

“Io mi sento come prosciugata, sa non, se mai da piccolo ha mai avuto una forte lite, che dopo ti senti stanchissimo, per far valere le ragioni che magari uno non capisce, cioè lotte furibonde nel senso di dire, di alzare la voce e parlare con una persona che non ti capisce ma proprio perchè non vuol capirti o perchè in quel momento non riesce a capirti e tu praticamente ti senti stanchissimo perchè non riesci...l'altra persona non riesce a raggiungerti e tu non riesci a raggiungerlo come vuoi, io mi sento così oggi, non cioè nel fatto di raggiungimento, mi sento proprio stanca come se avessi, posso paragonarlo a una gran litigata, come a un prosciugamento di energie, fiacca fiacchissima”.

Angela vive un vivace conflitto in atto, che paragona a una *“forte lite”*, a *“lotte furibonde”*, a una *“gran litigata”*, per cui alla fine si sente stanchissima e prosciugata di ogni energia. Due sono i termini che ricorrono più volte nel testo in rapporto a tale conflitto, *“capire”* e *“raggiungere”*, per cui i due interlocutori, o, meglio, i due antagonisti non si capiscono e non si raggiungono. E' l'etimologia di questi due termini che aiuta a penetrare l'essenza dell'esperienza di Angela.

“Capire” deriva, infatti, dal latino *cāpĕre* col significato di *“prendere e afferrare qualcosa”* (da cui, poi, derivano *“intendere e comprendere con la mente”*). Tra i vari significati derivati si trovano *“appropriarsi di qualcosa”* e anche *“contenere in sé”* (in italiano arcaico *“non capire dalla gioia”* sta per *“non stare in sé, non contenersi dalla gioia”*). *“Raggiungere”* deriva dal latino e si compone di *re* (particella intensiva o semplicemente di appoggio), *ad* (indicante moto verso luogo o persona) e *iungĕre* (unire, vincolare, associare). Nella radice del verbo *“raggiungere”* è incluso anche il significato di *“aggiogare”*. In definitiva, la natura del conflitto, sempre rinnovato e sfiancante, di Angela sembra riguardare la difficoltà ad afferrare qualcosa (un demone? una parte di sé?) per trattenerla in sé, tenerla unita a sé e soggiogarla.

Dunque, la possessione consente innanzitutto ad Angela di allontanare da sé aspetti problematici e da lei difficilmente integrabili con il suo ideale estremizzato di purezza e perfezione cristiani, quali l'ambizione, l'aggressività o la sessualità, che emergono invece nei contenuti delle sue verbalizzazioni blasfeme prodotte dai demoni. La possessione si pone anche come un mezzo che consente ad Angela di accedere stabilmente a una dimensione spirituale, che diventa l'elemento portante della sua esistenza, la allontana dalle ristrettezze e dalle limitazioni della sua vita quotidiana

(delle quali lei non è responsabile derivando dalla pesante interferenza dei demoni sul lavoro e sulla vita sociale e che, anzi, assumono il valore superiore di rinunce e di prove favorevoli quell'elevazione personale necessaria per liberarsi dalla possessione demoniaca) e la avvicina a Dio tramite i valori e le pratiche religiosi. Valgono, dunque, anche per Angela le considerazioni sul ruolo che può assumere in certe situazioni la dissociazione, che si connota non tanto come un meccanismo per evitare e rendere tollerabile un trama circoscritto e riconoscibile, ma come un mezzo per conseguire un distanziamento dal flusso degli eventi (Bartocci, 2015; Bartocci & Dein, 2005). Illuminanti al riguardo risultano le parole di Angela:

“Mi sento diroccata, sento che mi manca un pezzo e di aver bisogno di un collante. Il pezzo che mi manca potrebbe essere costituito da una persona che viva accanto a me e mi dia valore. In mancanza di questa persona, mi serve un collante e il collante può essere costituito da Dio, che è in grado di darmi serenità”.

Al termine del ricovero ospedaliero, viene trovata una mediazione tra le due concezioni descritte e le inerenti esigenze. Angela mantiene la sua convinzione di essere posseduta dai demoni e continua perciò a frequentare gruppi di preghiera, padri spirituali ed esorcisti, ma nel contempo accetta di assumere una terapia psicofarmacologica al fine di attenuare le manifestazioni della possessione demoniaca e le sue conseguenze deleterie in campo lavorativo e in ambito sociale nonché come requisito richiesto dai familiari per riprendere i contatti con lei e aiutarla. Angela è anche disposta a iniziare una psicoterapia, ma a una condizione, quella cioè di consentire al terapeuta di fare esperienza del suo problema spirituale e utilizzare così la maturata esperienza con altri pazienti, vista l'estrema diffusione che, secondo Angela, hanno i problemi spirituali tra le persone in generale e tra gli utenti dei servizi psichiatrici in particolare.

Discussione

I casi clinici descritti mettono in evidenza l'influenza complessa e rilevante che i fattori culturali e le credenze individuali intesi in senso lato esercitano sull'espressione dei quadri psicopatologici e, per converso, rivelano l'operazione di carattere

riduzionistico che sottende l'inclusione di una persona con un disturbo mentale in una delle categorie diagnostiche definite dagli attuali sistemi di classificazione.

Gli stessi casi suggeriscono anche che nella pratica clinica quotidiana può divenire prioritaria la necessità di far coesistere e, in certa misura almeno, integrare tra loro la lettura culturalmente determinata di una condizione clinica e l'approccio diagnostico e terapeutico riconosciuto dalla comunità scientifica internazionale. Nel caso di Fatimah, la possibilità per lei di verbalizzare le credenze del proprio contesto culturale di origine e l'atteggiamento interessato e accogliente del terapeuta, capace di dare dignità a tali credenze e a non porle in conflitto con i propri modelli di malattia e di cura, le hanno consentito di trovare un'accettabile legittimazione del suo disagio, di riconoscere l'utilità delle cure farmacologiche e di ottenere l'aiuto dei suoi familiari nella gestione delle crisi.

Nel caso di Angela, invece, le cure psicofarmacologiche vengono da lei accettate unicamente per lenire le conseguenze e gli effetti della possessione, che di fatto non viene cimentata o negata, e per non perdere il sostegno dei familiari. Nella dialettica tra Angela, da una parte, e lo psichiatra e i suoi familiari, dall'altra, si impongono all'attenzione e rischiano di entrare in conflitto tra loro due dei maggiori modelli grazie ai quali conoscere e interpretare il mondo e i suoi accadimenti, cioè il modello scientifico e quello religioso. Tali modelli abitualmente si pongono come mutualmente esclusivi, laddove ciascuno di essi tende a negare riconoscimento e valore all'altro, come ben illustrato proprio con riferimento al ruolo del rituale esorcistico in Italia (Bartocci & Eligi, 2008). L'intervento attuato è stato quello di rispettare la spiegazione spirituale del disagio proposta da Angela e di fare ricorso all'approccio bio-medico e alle inerenti indicazioni psicofarmacologiche per contenere gli effetti della possessione sul piano emotivo e comportamentale. Tutto ciò ha finito per rispecchiare da vicino quanto proposto da Ascoli e collaboratori (2015) nel trattamento di alcuni casi di possessione da Jinn tra i membri della comunità musulmana di un quartiere londinese: "... nel discutere le possibili cause dei sintomi possiamo dire al paziente che non siamo esperti di faccende spirituali e della possessione da Jinn, ma siamo specialisti in psichiatria e che questo ci mette in grado di sapere che la depressione è causata da una riduzione dell'adrenalina e della serotonina, e che su questa si può agire con gli antidepressivi ottenendo un sollievo dai sintomi. Inoltre, possiamo specificare che non siamo in grado di dire se l'alterazione della serotonina e dell'adrenalina sia causata

dagli Jinn e che a questa domanda potrebbe rispondere l'Imam o il guaritore tradizionale". Queste conclusioni possono applicarsi altrettanto bene a un contesto cattolico, dove il padre spirituale e l'esorcista prendano il posto dell'Imam e del guaritore tradizionale.

Entrambi i casi confermano l'importanza che la dimensione religiosa, spirituale e trascendentale assume per la natura umana in generale, ma in particolare per le persone che soffrono di condizioni di disagio emotivo, specie quelle caratterizzate da maggiori livelli di sofferenza e frustrazione, grazie alla possibilità che offre di sviluppare migliori strategie di adattamento al disturbo e alle sue limitazioni, di ridurre il rischio di suicidio e di migliorare l'adesione ai trattamenti prescritti (Fassino et al., 2008).

In particolare, la pretesa di Angela di consentire al terapeuta, durante la psicoterapia, di fare esperienza del suo problema spirituale e utilizzare così la maturata esperienza con altri pazienti solleva la questione del delicato rapporto che gli psichiatri intrattengono con la spiritualità. Gli psichiatri risultano essere la categoria medica meno religiosa e in media sono meno coinvolti in attività religiose rispetto alla popolazione generale, sebbene siano in linea di principio disponibili ad affrontare temi spirituali con i propri pazienti e li motivino talvolta a frequentare attività pratiche spirituali fino a esserne anche loro stessi partecipi in prima persona (Fassino et al. 2008).

In generale, nonostante la consapevolezza da parte dei pazienti e degli psichiatri dell'importanza di poter affrontare e approfondire tematiche di natura spirituale e trascendentale, nella pratica clinica non è infrequente percepire una resistenza a un lavoro di questo tipo a causa del timore da parte dei pazienti di proporre temi poco pertinenti o francamente inadatti per un medico, della presenza di pregiudizi ideologici oppure del timore da parte dello psichiatra di perdere il proprio ruolo per confondersi con il prete o il padre spirituale nonchè di confrontarsi con un ambito non sufficientemente conosciuto e propenso a far emergere elementi ritenuti troppo individuali e privati. Da questo punto di vista, tale situazione sembra presentare punti di contatto con quanto occorso in occasione della disponibilità sul mercato dei farmaci antidepressivi ad azione serotoninergica. La scoperta dei loro potenziali effetti collaterali sulla sfera sessuale è stata tardiva perché inizialmente i pazienti erano poco

propensi a parlare della propria sessualità e i medici non indagavano questo ambito temendo di risultare indelicati o intrusivi. Solo gradualmente si è potuta sviluppare una comunicazione aperta su queste tematiche senza particolare disagio da entrambe le parti. E'auspicabile che qualcosa di analogo possa avvenire anche in materia di spiritualità, laddove i pazienti possano sentirsi legittimati a parlarne estesamente nei loro colloqui clinici e i medici possano sviluppare idonee competenze per poter esplorare questo ambito in maniera fruttuosa sul piano clinico pur mantenendo un opportuno equilibrio e la necessaria neutralità.

BIBLIOGRAFIA

Aggarwal, N.K., Nicasio, A.V., DeSilva, R., Boiler, M., Lewis-Fernández, R. Barriers. (2013) to Implementing the DSM-5 Cultural Formulation Interview. A Qualitative Study. *Culture Medicine & Psychiatry*, 37(3): 505–533.

American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, text revised*. Washington D.C., American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM 5*. Washington D.C., American Psychiatric Association.

Ascoli, M., Palinski, A., Abdul-Hamid, W., Dein, S. (2015). La *cultural consultation* come strumento terapeutico nell’approccio della possessione da Jinn e da spiriti nei pazienti psichiatrici musulmani: una serie di casi. *Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, vol. III, numero speciale: 46-55.

Bartocci, G. (2015). La psichiatria culturale e lo studio delle radici bio-psico-culturali del sovrannaturale: applicazioni cliniche. *Psichiatria e Psicoterapia Culturale*. vol. III, numero speciale: 32-45.

Bartocci, G., Dein, S. (2005). Detachment: gateway to the world of spirituality. *Transcultural Psychiatry*, 42: 545-569.

Bartocci, G., Eligi, A. (2008) L’antinomie entre thaumaturgie religieuse et thérapie médicale: le cas “Catholicisme et Psychiatrie” en Italie. *L’evolution Psychiatrique*, 73: 53-67.

Bennett, M.J. (2004) Becoming interculturally competent. In: Wurzel J.S. *Toward multiculturalism: a reader in multicultural education (2nd ed)*. Intercultural Resource Corporation: Newton, Massachussets, USA, pg 62-77.

Bennett, J.M., Bennett, M.J. (2004). Developing intercultural sensitivity: an integrative approach to global and domestic diversity. In: Landis D., Bennett J.M., Bennett M.J. (eds.) *Handbook of Intercultural Training (3rd ed)*. Sage Publications: Thousand Oaks, California, USA, pg 147-165.

Castiglioni, I. (2008). *Dal multiculturalismo al diversity management. Una ricerca empirica sulla definizione e sulla misura della competenza interculturale nei servizi sanitari e sociali di Milano e della sua provincia*. Direzione Centrale Cultura e Affari Sociali, Provincia di Milano.

Fassino, S., Sobrero, C., Leombruni, P., Giovannone, C., Abbate Daga, G. (2008). Spiritualità e relazione terapeutica in psichiatria. Una review. *Psichiatria e Psicoterapia*, 27, 4: 235-267.

Tseng, W.-S., Bartocci, G., Rovera, G., De Luca, V., Infante, V. (2013a) Riflessioni sul futuro della psichiatria culturale. *Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, 1, vol. 1: 40-70,

Tseng, W.-S., Jilek, W., Bartocci, G., Bhui, K. (2013b). La storia recente della psichiatria culturale. *Psichiatria e Psicoterapia Culturale*, 1, vol. 1: 24-39.